FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1913-1914 2e Série **N° 3**

LE PROLAPSUS DU RECTUM

Affection congénitale

SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 29 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AUBRY (Pierre-Jules)

Né le 23 Janvier 1889, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Examinateurs de la Thèse :	MM. ROHMER	professeur. .	*Président.*
	HAUSHALTER	professeur. .	*Juges.*
	G. GROSS	agrégé	*Juges.*
	FRUHINSHOLZ	agrégé	*Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1913-1914 **2e Série** **N° 3**

LE PROLAPSUS DU RECTUM

Affection congénitale

SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 29 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

AUBRY (Pierre-Jules)

Né le 23 Janvier 1889, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	ROHMER	professeur. .	*Président.*
	HAUSHALTER	professeur. .	*Juges.*
	G. GROSS	agrégé	
	FRUHINSHOLZ	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1913

UNIVERSITE DE NANCY. FACULTE DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ⊕.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ⊕.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⊕ ; NICOLAS, I ⊕ ; PRENANT, ✻, I ⊕, BERNHEIM, O ✻, I ⊕.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ⊕.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ⊕.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ⊕.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ⊕.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⊕.
Clinique médicale	SPILLMANN, ✻, I ⊕.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⊕.
Hygiène	MACÉ, I ⊕.
Clinique médicale	SIMON, I ⊕.
Physiologie	MEYER, ✻, I ⊕.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	ETIENNE, I ⊕.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⊕.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⊕.
Médecine légale	PARISOT, ✻, I ⊕.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ⊕.
Histologie	BOUIN, I ⊕.
Anatomie descriptive	ANCEL, I ⊕.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ⊕.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, ✻, I ⊕.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ⊕.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.	RICHON, A ⊕, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, I ⊕, agrégé libre.
Accouchements	N.....
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ⊕, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ⊕, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ⊕, id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⊕.
Médecine opératoire	MICHEL, I ⊕, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.	ZILGIEN, I ⊕, id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ⊕.	MM. DUFOUR, I ⊕.	MM. BINET.
LAMBERT, I ⊕.	SENCERT, A ⊕.	PERRIN, A ⊕.
RICHON, I ⊕.	ROBERT, I ⊕.	THIRY, I ⊕.
G. GROSS, I ⊕.	BUSQUET, I ⊕.	FAIRISE, A ⊕.
FRUHINSHOLZ, I ⊕.	LUCIEN, A ⊕.	J. PARISOT, A ⊕.
COLLIN, A ⊕.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ⊕, FÉVRIER, O ✻, I ⊕, ZILGIEN, I ⊕, FRŒLICH, I ⊕, JACQUES, I ⊕, ANDRÉ, I ⊕, MICHEL, I ⊕, L. SPILLMANN, I ⊕.

M. H. COIFFARD, I ⊕, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROHMER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HAUSHALTER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. GROSS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRUHINSHOLZ

AVANT-PROPOS

Au moment où nous allons quitter la Faculté, nous tenons à adresser l'expression de notre gratitude à nos anciens maîtres.

Le séjour que nous avions fait dans sa clinique, nous avait permis d'apprécier la grande bonté de M. le Professeur Schmitt, et de profiter de son enseignement éclairé ; aussi est-ce avec émotion et tristesse que nous rappelons son souvenir et saluons sa mémoire.

Nous avons longtemps été externe, pour notre plus grand bien, dans le service de M. le Doyen Gross ; qu'il reçoive ici l'hommage de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

M. le Professeur Rohmer nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous l'en remercions sincèrement, ainsi que des leçons pratiques qu'il nous a données lors de notre passage dans son service ; les cliniques si intéressantes de M. le Professeur Haushalter, nous ont depuis longtemps attiré, et ont contribué pour une large part à notre éducation

médicale ; nous tenons à le remercier de l'aimable accueil qu'il nous a toujours réservé ; nous sommes heureux d'assurer de notre reconnaissance dévouée, M. le Professeur Etienne, dont l'enseignement clinique nous a fait si souvent prendre le chemin de Saint-Julien, M. le Professeur agrégé Fruhinsholz, dont les précieuses leçons nous ont initié à l'art obstétrical, et MM. les Professeurs agrégés Sencert et Jacques Parisot qui peuvent être certains que nous n'oublierons pas l'intérêt qu'ils nous ont porté.

A M. le Professeur agrégé Georges Gross, dont l'appui nous fut si utile pour la confection de ce travail, nous adressons un remerciement plein de gratitude.

INTRODUCTION

Dans ce travail, dont l'idée nous a été suggérée par M. le Professeur agrégé Georges Gross, auquel nous tenons à présenter tous nos remerciements pour son aimable obligeance, nous voulons nous efforcer de démontrer que pour assurer la guérison définitive du prolapsus rectal complet, la colopexie est nécessaire et qu'à l'heure actuelle, nous possédons un procédé excellent, qui doit mettre le malade, s'il est bien exécuté à l'abri de toute récidive.

Depuis plusieurs années, on s'est aperçu que la colopexie, dans le cas de prolapsus important, comprenant non seulement de la muqueuse, mais aussi une partie du rectum, donnait des résultats supérieurs aux autres méthodes opératoires ; ce fait est dû à cette circonstance sur laquelle on ne saurait trop insister, que dans cette sorte de prolapsus, il y a presque toujours mobilité et longueur anormales du côlon pelvien.

Mais les colopexies ont cependant, elles aussi, donné lieu à d'assez nombreuses récidives ; cela tient à ce que

l'on ne donnait pas au côlon un soutien suffisamment fixe et résistant ; côlon et rectum étant des organes mous, lâches, soumis à des variations fréquentes de pression, soit extérieure (abdominale), soit intérieure (dues à leur état de réplétion ou de vacuité), sont sans cesse tiraillés ; peu à peu leur point de suspension, trop faible dans les colopexies habituellement pratiquées, se relâchait et la récidive se produisait.

Or, MM. Quénu et Pierre Duval ont imaginé, en oblitérant le Douglas trop profond, dont nous verrons plus loin l'importance dans la pathogénie du prolapsus, de fixer le côlon et le mésocôlon à un appui résistant, invariable, ne se laissant pas déplacer par les diverses tractions qui peuvent s'exercer sur lui : ce point d'appui est le tendon du petit psoas.

Ce muscle situé en avant du psoas iliaque, est fixé en haut par ses insertions sur la dernière vertèbre dorsale et sur la première lombaire ; il donne naissance à un mince tendon qui va se fixer sur l'éminence ilio-pectinée ; c'est donc là un appui solide, bien que ce muscle soit rudimentaire, et non sujet à des variations telles que celles auxquelles est sujette la paroi abdominale à laquelle par exemple on fixait ordinairement le côlon dans les colopexies habituelles.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre longuement sur l'étude anatomique et pathogénique du prolapsus rectal, car ces questions ont été étudiées de façon très détaillée et très documentée par M. Lenormant dans sa thèse de Paris, 1903. Nous indiquerons cependant pour la clarté du sujet, en quelques mots, quelles sont les variétés du prolapsus, quelle est leur cause,

quels symptômes elles présentent, et les troubles qu'elles amènent ; puis nous verrons quel est leur pronostic, quand et pourquoi il faut opérer ; nous jetterons un coup d'œil en arrière pour voir quelles ont été les diverses méthodes opératoires proposées pour la cure de cette affection, nous les comparerons entre elles, et enfin, arrivant à la colopexie, nous verrons pourquoi le procédé de MM. Quénu et Pierre Duval, nous semble si rationnel dans un grand nombre de cas.

Nous verrons quelles sont les indications de cette méthode, quelle en est la technique ; puis nous montrerons, grâce à 5 observations de M. le Professeur agrégé Georges Gross, concernant des malades opérés par lui suivant ce procédé que cette intervention conduite avec précision permet d'espérer la réduction complète du prolapsus, qu'elle soit ou non complétée suivant les circonstances d'une petite intervention anale.

CHAPITRE I

CONSIDERATIONS

sur l'anatomie normale du rectum — ses moyens de fixité — importance du côlon comme soutien du rectum.

1° Anatomie du rectum.

Le rectum, portion terminale du gros intestin, se continue directement avec le côlon ilio-pelvien sans qu'aucune différence de structure permette de tracer une limite nette entre ces deux organes : de plus, le rectum étant très mobile, les repères fixes que l'on peut prendre sur le bassin ne correspondent pas toujours à la même portion de cette partie de l'intestin ; aussi beaucoup d'auteurs s'entendent-ils pour faire commencer le rectum en un point fixe et précis : la partie médiane de la troisième vertèbre sacrée, où se termine le mésocôlon ilio-pelvien.

La limite inférieure du rectum est nette : c'est la ligne ano-rectale.

Le rectum comprend trois tuniques : une musculeuse, formée de deux couches, l'une superficielle longitudinale, l'autre profonde, circulaire. Les fibres longitudinales ne sont que la continuation des bandelettes musculaires du côlon ilio-pelvien ; les fibres circulaires constituent au-dessous de la portion la plus dilatée du rectum (l'ampoule) un anneau appelé sphincter externe situé en dedans et au-dessus du sphincter anal ; ce sphincter externe se fixe à la peau de l'anus et contribue à fixer le rectum à sa partie inférieure.

Les deux autres tuniques sont une muqueuse et une sous-muqueuse, couche cellulaire lâche qui permet le glissement de la muqueuse sur la musculeuse.

2° Quelques mots sur les rapports du rectum.

Nous n'examinerons que les rapports pouvant nous intéresser ultérieurement dans ce travail.

La portion pelvienne du rectum qui s'étend de la troisième vertèbre sacrée à la pointe du coccyx est en rapport chez l'homme en avant et de bas en haut avec le cul-de-sac vésico-rectal, le bas-fond de la vessie, les vésicules séminales et la face postérieure de la prostate.

Chez la femme cette même portion du rectum répond en avant au cul-de-sac recto-vaginal et à la paroi postérieure du vagin.

La portion inférieure, portion périnéale, est en rapport chez l'homme et chez la femme, avec le releveur de l'anus en arrière et sur les côtés ; en avant, elle répond chez l'homme au sommet de la prostate et au triangle recto-uréthral, et chez la femme à la paroi postérieure du vagin.

3° Moyens de fixation du rectum.

La partie supérieure du rectum, celle qui est contenue dans le petit bassin, est maintenue en place dans sa portion la plus élevée par le péritoine qui, s'appliquant sur sa face antérieure, l'accole contre la paroi postérieure du bassin.

Sa partie inférieure est fixée par le périnée qu'elle traverse et avec lequel elle contracte des rapports intimes, particulièrement avec le releveur de l'anus, qui agit comme une sangle pour maintenir le rectum et le fermer : en effet, ses fibres convergent de la paroi antéro-latérale du bassin vers le rectum.

4° **Importance du côlon comme soutien du rectum.**

Mais il est un autre facteur important concourant à soutenir le rectum : c'est la continuité de celui-ci avec le côlon ilio-pelvien auquel il est en réalité suspendu.

On conçoit donc que si le côlon a une longueur et une mobilité anormales, ce qui se produit fréquemment, le rectum puisse en être affecté ; côlon trop grand, trop mobile, voilà une des causes importantes de prolapsus rectal, comme nous le verrons plus loin, cause facile à expliquer, puisque dans ce cas, le rectum n'étant plus soutenu à sa partie supérieure tend à venir faire saillie au dehors lorsque sur lui s'exerce une pression de haut en bas.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS
SUR LA
PATHOGÉNIE du PROLAPSUS RECTAL
Association des prolapsus rectaux et génitaux

Si nous étudions dans les classiques la pathogénie du prolapsus rectal, nous constatons qu'ils font jouer un rôle prépondérant et pour ainsi dire unique aux efforts s'exerçant sur la muqueuse lâche de cet organe ; ces efforts répétés produisant une laxité de plus en plus grande de la couche cellulaire sous-muqueuse, font que la muqueuse est projetée au dehors, où elle forme un bourrelet qui peu à peu augmente de volume, et finit souvent par former une grosse tumeur contenant toutes les tuniques du rectum, descendues petit à petit.

Ces efforts se produisant au cours de diarrhées chroniques, ou au contraire de constipation opiniâtre,

sont, en effet, une cause importante du prolapsus, surtout s'ils surviennent chez des personnes sujettes à une ptose viscérale.

Mais il y a un autre facteur important : c'est le relâchement des moyens de fixité ; nous voyons, toujours dans les classiques, quelle est la valeur de l'affaiblissement du plancher pelvien dans la production du prolapsus (femmes ayant eu de nombreux accouchements, ou des accouchements laborieux accompagnés de lésions périnéales) ; mais aucun de ces auteurs ne cite, à notre connaissance, une anomalie congénitale, fréquente, plus fréquente qu'on ne le croit en général ; en effet, comme l'ont bien remarqué depuis quelques années un certain nombre d'auteurs, comme M. Georges Gross l'enseigne, et comme ses observations le prouvent, la profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas, et la longueur exagérée de l'anse côlique pelvienne, celle-là même qui soutient le rectum, suffisent à expliquer la production du prolapsus ; nous avons vu comment le côlon trop grand et trop mobile pouvait agir dans ce sens ; reste le cul-de-sac de Douglas ; quel est son rôle ?

Ce cul-de-sac, au début de la vie embryonnaire, descendait jusqu'au voisinage du plancher périnéal ; or il peut, chez l'adulte, rester encore suffisamment profond pour contenir un grand nombre d'anses intestinales ; sous les poussées, les efforts abdominaux, ces anses refoulent la paroi antérieure du rectum qui s'étire, s'allonge, et finalement fait saillie dans la lumière rectale ; petit à petit cette invagination grandit, entraîne le reste du rectum qui s'invagine totalement.

Cette « hernie périnéale primitive » a une extrême importance, puisque Ludlow l'a trouvée huit fois sur treize prolapsus, sans pouvoir prouver qu'elle n'était pas à l'origine des cinq autres cas.

Après avoir mis en lumière ces deux importants facteurs mécaniques de la production du prolapsus, côlon trop grand, et profondeur anormale du Douglas, nous nous permettons de faire une comparaison : une hernie est dite congénitale, lorsqu'elle se produit à la suite d'une disposition spéciale, congénitale elle-même, du canal inguinal d'un sujet, quel que soit l'âge de celui-ci ; or, dans le cas qui nous occupe, par analogie, nous pouvons également donner le nom de congénital à un prolapsus se produisant chez une personne, même âgée, lorsque ce prolapsus résulte de dispositions congénitales, et lorsque les conditions immédiates de sa production (efforts, etc.), ne jouent qu'un rôle secondaire.

Prolapsus génitaux et rectaux. — Nous ne voulons pas terminer ce chapitre sans parler d'une question importante, encore actuellement discutée : celle de l'association des prolapsus génitaux et rectaux chez la femme.

On note, en effet, de temps en temps la coïncidence de ces deux affections : « l'affaiblissement du plancher pelvien étant une cause favorisante de prolapsus pour le rectum et l'utérus » (1).

On a dit que le prolapsus génital entraînait le pro-

(1) Rapport de M. Quénu, sur une observation de M. Proust. — *Bull. Soc. de Chirurgie*, 29 avril 1913.

lapsus rectal, ou inversement que la chute du rectum entraînait celle de la matrice : est-il possible que ces deux organes agissent ainsi l'un sur l'autre ?

M. Lenormant est d'avis que de l'observation, il résulte que ces deux prolapsus « dépendent d'un facteur commun : l'insuffisance du plancher pelvien » ; il ne semble pas que l'un soit l'origine de l'autre, mais l'une des causes déterminantes de ces deux affections étant commune, ainsi s'explique leur coïncidence.

D'ailleurs l'observation de l'existence simultanée de ces deux prolapsus ne fait que nous confirmer dans notre opinion qu'une anomalie congénitale est une des principales causes de la chute du rectum ; en effet, le chirurgien voit fréquemment le prolapsus utérin chez des femmes dont le périnée a été lésé par des accouchements, tandis que, comparativement, le nombre des prolapsus rectaux est tout à fait restreint ; or, le périnée est un des principaux moyens de soutien de l'utérus, qui se déplace, dès que ce soutien faiblit ; s'il en était ainsi pour le rectum, celui-ci devrait toujours descendre en même temps que l'utérus ; ce qui ne se produit que rarement ; c'est donc que le périnée n'est qu'un moyen de soutien accessoire pour le rectum ; il faut donc qu'il y ait un autre soutien plus important : c'est bien le côlon, qui ne permettra la chute du rectum, que si lui-même est anormal.

M. Lenormant a récemment repris cette question (1) :

---

(1) L'association du prolapsus rectal et du prolapsus utéro-vaginal. L'hystéro-colopexie et ses indications « La Gynécologie ». Juin 1913, p. 320.

On trouve seulement 55 % de femmes présentant un prolapsus rectal, alors qu'il devrait y en avoir bien plus si réellement le prolapsus génital, très fréquent, produisait le prolapsus rectal.

Il est d'avis lorsque ces deux prolapsus coïncident de les traiter en même temps : on peut, par exemple, faire une hystéro-colopexie, c'est-à-dire au cours d'une seule laparotomie fixer l'utérus et le côlon.

Nous citerons en exemple le cas suivant : M. Lenormant a, le 7 décembre 1912, chez une femme présentant ces deux affections, concomitantes, pratiqué une hystéropexie par fixation de l'utérus à la paroi abdominale, et une colopexie suivant le procédé de MM. Quénu et P. Duval ; cinq mois après l'opération, la guérison était maintenue.

CHAPITRE III

VARIÉTÉS ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE du prolapsus rectal

§ 1. — Variétés du prolapsus rectal

Nous nous en tiendrons à la classification de Cruveilhier, qui divise ces prolapsus en quatre catégories.

a) La variété la plus simple consiste en l'éversion hors de l'anus de la muqueuse ano-rectale (prolapsus muqueux) ; sous l'influence de l'effort, la muqueuse, favorisée par la laxité de la sous-muqueuse, glisse sur la musculeuse (efforts violents de défécation, défécations trop fréquentes).

A la longue la paroi rectale peut elle-même être entraînée, et nous arrivons à la seconde variété :

b) A travers l'anus sort la partie inférieure du rectum ; dans ce cas nous retrouverons dans le prolapsus toutes les tuniques du rectum ; c'est là le prolapsus

vrai, prolapsus ani et recti, ou prolapsus à deux cylindres ; nous verrons en étudiant son anatomie pathologique ce qui justifie cette dernière appellation.

c) La partie supérieure du rectum vient s'invaginer dans la partie inférieure (prolapsus invaginé, prolapsus recti), puis faire saillie hors de l'anus.

d) Le côlon lui-même vient s'invaginer à travers le rectum et l'anus (prolapsus coliinvaginati).

§ 2. — Anatomie pathologique

Il nous faut reprendre une par une les quatre variétés que nous venons d'énumérer.

a) La muqueuse fait saillie sous forme d'un bourrelet en général circulaire assez régulier ; ce bourrelet n'atteint que 2 à 3 centimètres de saillie ; la muqueuse se présente souvent sous son aspect normal, à moins qu'il n'y ait des signes de rectite : dans ce cas elle est congestionnée, recouverte d'un suintement abondant, et elle saigne facilement.

b) La peau se continue directement avec la muqueuse, sans sillon séparateur ; dans ce prolapsus, nous retrouvons toutes les tuniques du rectum. Si nous faisons une coupe au niveau de la partie intra-rectale de l'invagination, nous trouvons deux cylindres : le cylindre externe représente la partie inférieure du rectum, tandis que le cylindre interne représente la partie supérieure.

Ce prolapsus atteint une longueur variant de 6 à 12 centimètres.

c) Si nous pratiquons la coupe au niveau de la partie éversée, nous trouvons deux cylindres concentriques, un interne qui est la partie supérieure du rectum, l'autre externe qui correspond à la partie inférieure ; mais si la coupe est faite au niveau de la partie intra-pelvienne de la lésion, on trouvera trois cylindres : deux internes qui sont les deux précédents ; un externe qui correspond à la partie tout à fait inférieure du rectum ; donc dans cette variété de prolapsus, il existera un sillon circulaire à la base, séparant le cylindre externe du cylindre plus interne ; mais bien souvent, à la longue, ce sillon disparait, car la tumeur, de plus en plus mobile et volumineuse, en entraîne la paroi.

Cette tumeur peut atteindre une longueur de 10 à 15 centimètres.

d) Cette variété constitue une énorme tumeur pouvant atteindre 25 à 30 centimètres. Les couches formant cette tumeur sont disposées comme dans la variété précédente.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC
Indications opératoires du prolapsus rectal

---

§ 1. — Diagnostic, Pronostic

Le prolapsus doit être étudié chez l'enfant et chez l'adulte.

Le prolapsus de l'enfant extrêmement fréquent, se borne le plus souvent à un bourrelet de la muqueuse, se réduisant soit spontanément, soit facilement sans efforts, par une simple poussée de bas en haut ; il apparait au moment de la défécation, ou au moment de tout effort amenant une augmentation de la pression intra-abdominale (pleurs). Exceptionnellement, il devient plus volumineux et forme alors le prolapsus vrai.

Le pronostic de cette affection est bénin chez l'enfant : dû simplement à une faiblesse des soutiens du rectum, il s'améliore en général avec l'âge et peut disparaître complètement spontanément.

Chez l'adulte, le prolapsus peut débuter par un bourrelet muqueux comme chez l'enfant, bourrelet qui à la longue grossit par suite du glissement du rectum.

Ou bien brusquement, chez un individu sain, se produit sous l'influence d'un effort, un prolapsus d'emblée considérable ; la première variété est appelée prolapsus de faiblesse, la seconde prolapsus de force (1).

Disons de suite que le prolapsus rectal de l'adulte, ne comporte pas un pronostic favorable, car cette affection n'a aucune tendance à régresser et à guérir spontanément ; tout au contraire, elle tend toujours à augmenter de volume. De plus, sous l'influence des contacts extérieurs, la muqueuse prolabée s'enflamme, cause des douleurs intolérables, et comme la chute du rectum s'accompagne fréquemment d'hémorroïdes, on devine quel est le supplice du malheureux patient, supplice aggravé chaque fois qu'il va à la selle.

Peu à peu l'inflammation d'abord limitée à la surface, gagne toutes les couches du rectum, la paroi congestionnée s'épaissit, devient de plus en plus douloureuse ; la rectite est alors chronique et si le chirurgien n'intervient pas, le prolapsus devient irréductible ; le port d'appareils spéciaux, ne peut même plus alors soulager le patient.

Le pronostic s'assombrit encore si l'intervention se fait attendre plus longtemps : car le sphincter peut, étant tiraillé, se relâcher et il se produit de l'incontinence, ou bien au contraire, irrité par l'inflammation

---

(1) Gérard-Marchant. Chirurgie de l'anus et du rectum, page 308.

et les efforts de défécation, il perd toute souplesse et se contracture ; il peut alors se produire de l'étranglement, c'est à bref délai le sphacèle, l'ulcération, ou même la gangrène totale.

§ 2. — Indications opératoires

Ici encore, il nous faut faire une division et examiner séparément les indications opératoires chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez l'enfant, nous l'avons vu, le pronostic est favorable ; tout au plus, dans certains cas rebelles, devra-t-on avoir recours à une petite intervention anale ; (cautérisation, cerclage). Le traitement fortifiant, les massages, l'électricité suffisent le plus souvent à assurer des résultats définitifs.

Chez l'adulte, le prolapsus rectal ne peut être guéri par aucun traitement médical ; il n'est justiciable que d'une intervention chirurgicale ; quand doit-on opérer ? On peut dire qu'à moins de contre-indications provenant de l'état général, de l'âge du sujet, ou d'affections étrangères, on doit opérer tout prolapsus qui se présente.

Résumons en quelques mots, les raisons qui militent en faveur de l'opération : pas de guérison spontanée possible, menaces d'accidents graves, même mortels, augmentation continue du volume de la tumeur, en tous cas vie du malade empoisonnée par cette affection, voilà pourquoi on doit intervenir.

CHAPITRE V

DES TRAITEMENTS OPÉRATOIRES DU PROLAPSUS RECTAL

PREMIÈRE PARTIE

Où et comment doit-on intervenir ?

Si nous recherchons quelles méthodes opératoires emploient les chirurgiens pour le traitement de cette affection, nous constatons que chacun a ses préférences, et que les résultats enregistrés de chaque mode d'intervention sont contradictoires ; l'un dit : « Je me borne à une intervention anale, ou je fais une rectopexie ; je m'en trouve bien, et je puis vous citer des cas heureux que j'ai traités de cette façon. » L'autre soutient qu'il faut agir sur le côlon, le fixer, opération qui lui donne également des succès, alors que celles qu'il a parfois pratiquées sur la partie basse du rectum ont été sujettes à de rapides récidives.

Ces contradictions, que l'on relève fréquemment dans les traités de chirurgie s'occupant spécialement de la chirurgie intestinale, sont faciles à expliquer. Il y a, en effet, deux genres de prolapsus, quant à leur étiologie et pathogénie : s'il s'agit d'une chute du rectum due simplement à un affaiblissement du plancher périnéal, il est certain que toute intervention pratiquée sur la partie inférieure du rectum et sur la région périnéale, tendant à rétablir la solidité de cette région, et à fixer le rectum là même où la fixité lui fait défaut, aura beaucoup de chances de produire de bons et durables résultats.

Mais s'il s'agit d'un prolapsus dû à une longueur et à une mobilité anormales du côlon, on aura beau fixer le rectum en sa partie inférieure, il y aura toujours une tendance à la récidive, tant que le soutien supérieur (le côlon) ne sera pas une fois pour toutes solidement amarré.

Donc, deux genres de prolapsus : l'un dû à une faiblesse des moyens de soutien inférieurs ; l'autre dû à la faiblesse des soutiens supérieurs : il nous est maintenant facile de conclure qu'à chaque cas devra s'adapter une thérapeutique spéciale. Tout naturellement il découle de ce fait qu'on peut diviser les interventions en deux catégories, que nous pourrions, par analogie avec les interventions portant sur l'utérus, dénommer : opérations par la voie haute, et opérations par la voie basse.

Nous allons rapidement passer en revue ces deux genres d'intervention.

DEUXIÈME PARTIE

Opérations portant sur l'anus et sur le rectum lui-même

§ 1. — *Interventions anales.* — Ces interventions ne peuvent avoir de bons résultats que lorsque l'affection est peu considérable, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de bourrelets muqueux saillants ; ce sont celles qui sont tout indiquées chez l'enfant.

La cautérisation, opération simple, propre, peu grave, a eu et a encore actuellement de nombreux partisans (Guersant) ; le plus souvent on fait de profondes pointes de feu sur le pourtour de l'anus ; ces pointes de feu agissent de deux façons : elles produisent une cicatrice diminuant par rétraction la lumière de la partie inférieure du rectum, et elles amènent entre les diverses tuniques anales et rectales des adhérences empêchant la muqueuse de prolaber à nouveau.

Un autre procédé, très employé, est le cerclage de l'anus, préconisé par Thiersh (1) : on place sur le pourtour de l'anus une suture perdue au fil d'argent ; les résultats sont satisfaisants ; mais il semble cependant qu'on les ait quelque peu exagérés (2) ; Lenormant, sur 20 cas, trouve 4 récidives ; la moitié des opérés étant de jeunes enfants, ils auraient probablement guéri sans intervention ; de plus, cette opération

---

(1) Congrès de Halle, 1891.

(2) Gérard-Marchant. Chirurgie du gros intestin, p. 327.

a un grave inconvénient : le fil d'argent doit toujours être laissé à demeure sous peine de récidive.

Nous ne ferons que mentionner l'excision de la muqueuse du bourrelet formant le prolapsus muqueux ; cette opération n'est indiquée que lorsqu'il y a des hémorroïdes importantes concomitantes.

§ 2. — *Interventions portant sur le rectum.* — « Il y a deux façons d'envisager le rectum prolabé », dit Lenormant ; on peut en effet le considérer comme « quelque chose en trop », comme une tumeur gênante, inutile, sans fonction, ou bien comme un organe qui, remis en place, maintenu, reprendra sa vie et ses fonctions normales ; de là deux genres d'intervention portant sur le rectum.

A) Tout d'abord les interventions consistant à pratiquer l'exérèse, la résection totale du prolapsus. Le procédé de ce genre le plus perfectionné est celui de Mikulicz (1).

Après avoir incisé la moitié antérieure du cylindre externe et ouvert le cul-de-sac de l'hédrocèle, on fait une suture séro-séreuse des deux cylindres; on sectionne la moitié antérieure du cylindre interne, et on suture ensemble la muqueuse et la musculeuse des deux cylindres ; on agit de même pour la moitié postérieure du prolapsus.

Cette opération peut être recommandée pour les vieux prolapsus, volumineux et irréductibles ; mais il

(1) Mikulicz. Zur Operativen behandlung des Prolapsus ani et coli invaginati.

faut tenir compte des risques d'infection et des rétrécissements qui aggravent le pronostic de cette opération compliquée.

Delorme emploie un procédé qui consiste en la résection et l'ablation d'un manchon de muqueuse que l'on va « décoller » le plus haut possible, parfois jusqu'à 15 et 20 centimètres (1) ; on suture à l'anus la muqueuse rectale par quatre points en U placés aux quatre points cardinaux. Donc on escompte que la muqueuse restante hypertendue sera suffisamment résistante pour supporter les tiraillements et les efforts abdominaux ; supposons que la suture lâche, la muqueuse remonte à la place qu'elle occupait naturellement, et alors un « formidable rétrécissement » va se produire, à moins, ce qui est plus probable, que l'affection n'amenant de la péritonite ou un adéno-phlegmon, n'emporte le malade.

On voit donc que les opérations visant l'excision partielle ou totale, comportent un pronostic assez sombre.

Restent les interventions qui cherchent à fixer solidement le rectum à sa place normale, et ne le considèrent plus comme une tumeur gênante qu'il faut à tout prix enlever : ce sont les rectopexies et les périnéorraphies.

B) *Les rectopexies.* — Elles furent imaginées par Verneuil, qui fixait le rectum par des fils en anses aux lèvres d'une incision ano-coccygienne.

Ces rectopexies furent perfectionnées ; un des procé-

---

(1) Delorme. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie,* 9 mai 1900, page 499.

dés les plus parfaits est celui de Gérard-Marchant, appelé rectoplicature ; il consiste à placer sur la face postérieure du rectum un certain nombre de fils qui cheminent verticalement dans la paroi, sans perforer la muqueuse ; ces fils sont serrés et noués : il se produit alors une série de plis transversaux qui raccourcissent le rectum ; en nouant en même temps ensemble les deux fils les plus latéraux, il se produit une plicature verticale ; le rectum est alors fixé aux grands ligaments sacro-sciatiques.

C) *Les périnéorraphies.* — De même que l'on emploie les périnéorraphies dans le traitement du prolapsus utérin, on les emploie parfois pour remédier au prolapsus rectal ; elles sont surtout indiquées — et c'est là qu'elles donnent leurs meilleurs résultats — lorsqu'il y a en même temps prolapsus et délabrement du périnée à la suite d'accouchement.

La reconstitution du plancher périnéal permet alors la contention de la partie inférieure du rectum.

TROISIÈME PARTIE

Interventions portant sur les moyens de soutien supérieurs du rectum (Colopexies)

« La colopexie est une opération jeune ; elle n'a guère d'histoire. J'ai présidé à sa naissance en 1892 ; je la tiens encore en nourrice, dirigeant ses premiers pas dans le monde chirurgical », écrit Jeannel en 1898 (1).

(1) Jeannel. Chirurgie de l'intestin, 1898.

C'est le procédé qui nous semble le plus indiqué pour prolapsus total de l'adulte, car dans ce cas, il y a toujours une anomalie congénitale du rectum, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, à laquelle il faut absolument remédier sous peine d'insuccès : « profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas et longueur exagérée du côlon pelvien sont les deux facteurs abdominaux du prolapsus rectal »; tel est l'avis de MM. Quénu et Duval, dont la compétence fait autorité en la matière ; cette affirmation est entièrement corroborée par M. Georges Gross, puisque nous verrons qu'ayant pratiqué cinq colopexies pour prolapsus de l'adulte, il a chaque fois trouvé ces caractères anormaux du côlon.

Voici la technique de Jeannel, la plus ancienne : on ouvre le ventre dans la fosse iliaque gauche, on recherche le côlon que l'on attire en haut pour réduire la tumeur, et l'on fixe le côlon, soit par ses appendices épiploïques, soit par sa paroi elle-même, à la paroi abdominale antérieure ; on peut également suturer à la paroi abdominale, non pas le côlon, mais le mésentère.

Après la suture, on peut, s'il y a lieu, pratiquer un anus artificiel pour pouvoir traiter une rectite concomitante. Ce procédé s'appelle alors non plus colopexie mais colopexotomie.

Depuis la colopexie telle que la pratiquait Jeannel, on a bien perfectionné cette opération ; cette technique avait déjà donné de bons résultats, mais on a remarqué que les suites opératoires étaient meilleures lorsqu'on fixait le côlon, non par le mésentère, mais par ses parois elles-mêmes ; nous ne pouvons étudier ici tous les procédés de colopexies qui furent imaginés depuis

quelques années, mais nous tenons à signaler celui de Lenormant, qui choisit comme moyen de soutien la paroi postérieure : il excise un lambeau du péritoine pariétal et fixe l'intestin par un double surjet aux deux lèvres péritonéales et au fascia iliaca.

Or, les colopexies, dans le traitement du prolapsus rectal, n'ont pas donné tous les résultats qu'on attendait d'elles ; cela est dû à ce que le soutien que l'on donnait au côlon manquait de fixité (la paroi abdominale, en effet, est soumise à de brusques contractions, qui doivent forcément influer sur tout ce qui y adhère) ou bien à ce que l'opération n'était pas complète ; il fallait oblitérer le Douglas.

Lenormant (1) a, sur 103 colopexies simples pratiquées sur 93 malades, trouvé les résultats suivants : un malade étant mort d'une autre affection, il reste 102 colopexies à envisager ; il y eut 27 récidives pour 75 guérisons, soit 26,4 p. 100 de récidives ; il convient de dire que ces malades ne furent pas suivis longtemps ; von Eiselsberg, chez des malades suivis longtemps, a trouvé 7 récidives sur 17 cas traités par la colopexie, soit 41 p. 100 de récidives.

Il fallait donc chercher un autre soutien plus résistant pour le rectum, et compléter l'opération par l'oblitération du Douglas, dont nous avons vu l'importante action sur la production d'une hernie périnéale primitive entraînant la chute du rectum.

C'est ce qu'ont réalisé Quénu et P. Duval.

---

(1) Lenormant. La Colopexie. *Revue de Chirurgie*, 1901, p. 197 et 443.

CHAPITRE VI

LE PROCÉDÉ DE MM. QUÉNU ET P. DUVAL

Tout prolapsus complet du rectum chez l'adulte étant en relations avec une anomalie du côlon, il faudra donc intervenir sur cette portion de l'intestin; de plus le cul-de-sac de Douglas présentant en même temps bien souvent une profondeur exagérée, il faudra également agir sur lui. Telles furent les considérations qui guidèrent MM. Quénu et Pierre Duval, dans l'établissement de leur procédé.

En 1912, ils disent : « Comme nous l'écrivions en 1910, la pathogénie du prolapsus rectal et par conséquent sa thérapeutique doivent envisager deux éléments ; 1° une malformation congénitale consistant en une profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas, et en une longueur anormale de l'anse côlique pel-

vienne ; 2° une malformation acquise, primitive ou secondaire : la faiblesse du plancher périnéal » (1).

Nous concluons donc de ce qui précède, que dans certains cas, une intervention « par la voie inférieure », c'est-à-dire anale ou périnéale pourra compléter la colopexie.

MM. Quénu et Duval ayant donné leur technique dans la Revue de chirurgie, nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter leur description (2).

I. — Colopexie chez la femme

1° La malade étant inclinée en position maxima, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale ; une pince attire fortement l'utérus en avant et l'élève ; on exerce une traction sur le côlon pelvien pour réduire le prolapsus, puis l'on place une pince sur la bandelette côlique antérieure pour repérer le point situé à la hauteur du détroit supérieur.

2° Oblitération du Douglas. A la partie la plus déclive, on place un point en bourse, passant par la face antérieure du rectum, postérieure du vagin et le péritoine pelvien de côté. « Afin d'empêcher la presse intestinale d'agir sur le rectum bord droit, le bord droit du côlon présacré est suturé au péritoine pariétal à la base du

(1) Rapport de M. Quénu, sur une communication de M. Georges Gross, intitulée : Deux observations de prolapsus du rectum, opérés par le procédé de MM. Quénu et Duval.

(2) MM. Quénu et Duval. — Technique de la colopexie pour prolapsus du rectum. *Revue de chirurgie*, 1910.

ligament large ; puis son bord libre est suturé de droite à gauche à la face postérieure du ligament large droit, aussi bas que possible, puis au dôme vaginal, puis au ligament large gauche, face postérieure obliquement en haut et à gauche, de façon que le point repéré primitivement du côlon soit suturé au péritoine pariétal, en arrière de la fossette ovarienne sur le relief même des vaisseaux iliaques. Ainsi couché en travers, c'est le côlon pelvien et son méso, qui offrent à la presse intestinale un plan de résistance aussi transversal qu'il est possible ; aucune pression ne peut se faire sentir sur le rectum supérieur ».

3° « Le côlon pelvien forme alors une boucle courte comprise entre ses points d'attache artificielle, et sa racine méso-côlique. Il est relevé à droite. Le péritoine pariétal gauche est incisé sur le bord externe des vaisseaux iliaques jusque presque la ligne médiane. La racine d'implantation du méso-côlon pelvien est sectionnée jusqu'au fond de la fossette sigmoïde, le côlon iliaque est, sur une plus ou moins grande étendue, décollé de la fosse iliaque.

Le côlon pelvien peut alors faire ascension et se plisser pour ainsi dire dans la fosse iliaque.

En refoulant légèrement en dedans les vaisseaux iliaques, le tendon du petit psoas gauche est mis à nu ; c'est à lui que vont être suturés le côlon pelvien et son méso.

La face inférieure du méso-côlon pelvien, puis le côlon lui-même, bord mésentérique, face antérieure, bord libre, sont suturés au tendon lui-même, plan

solide, résistant ; points séparés et nombreux ; fil non résorbable, très fin.

Les côlons pelvien et iliaque trop longs dans la fosse iliaque y sont plissés, et leur bord libre est suturé au bord du péritoine pariétal préalablement sectionné ».

II. — Colopexie chez l'homme

« Une fois le Douglas oblitéré par un ou deux fils superposés, le côlon pelvien est suturé au péritoine rétro et latéro-vésical gauche du pli transversal de Waldeyer jusqu'à la hauteur du détroit supérieur. Le temps iliaque est le même que chez la femme ».

III. — Trois observations de MM. Quénu et Duval jointes à leur description (résumées)

PREMIÈRE OBSERVATION

Il s'agit d'un malade porteur d'un prolapsus du volume du poing, et datant de 6 ans ; opéré le 26 avril 1907 ; sorti le 21 mai suivant, guéri.

Malheureusement ce malade ne fut pas revu.

DEUXIÈME OBSERVATION

Prolapsus de 10 centimètres, datant de plusieurs années, opéré le 22 juin 1907 ; revu le 15 décembre 1909, il était en bonne santé ; sa muqueuse présentait une procidence de 3 cm., au moment de l'effort, mais était saine.

TROISIÈME OBSERVATION

Concernant un prolapsus de 6 ans, de 8 à 10 cm., opéré le 9 août 1909 ; revu le 20 décembre de la même année ; l'anus était béant, mais la contention des fèces était bonne ; il y avait un léger bourrelet de 1 cm., pendant l'effort.

Discussion de ces observations. — On voit que chez ces trois malades, un des buts proposés a été atteint: réduction du prolapsus au moment de l'opération, par fixation du côlon ; l'autre but: maintien de cette réduction, fut-il atteint ?

Chez le premier malade, il fut impossible de le savoir, puisqu'il a été perdu de vue.

Chez le second malade, 29 mois après l'opération, on constate une procidence muqueuse de 3 cm., et chez le troisième (5 mois après l'opération), la même procidence, mais de 1 cm. seulement ; chez les deux, la muqueuse ne sort qu'au moment de l'effort.

Allons-nous nous écrier que la colopexie n'a pas donné de bons résultats ? Que tout est à recommencer ? Non point : il suffira de traiter simplement ces deux petits bourrelets muqueux, chose facile.

Nous pouvons affirmer que la colopexie a réussi chez ces deux malades, et qu'il n'y a rien de décourageant dans le fait de voir la muqueuse faire saillie à l'anus ; en effet, l'intervention de MM. Quénu et Duval n'agit pas sur la portion du rectum située en dessous des releveurs, à cause de la sangle formée par ceux-ci, qui la soustrait ainsi que l'anus à la traction exercée sur le côlon.

D'ailleurs, voici ce que dit M. Quénu lui-même (1) : « Le rectum peut être divisé en trois portions : une portion au-dessus des releveurs, une au-dessous des releveurs, entre leurs attaches et le bord supérieur du sphincter, une troisième enfin limitée par l'étendue même du sphincter ».

Nous dirons donc, d'après ce qui précède : *tout prolapsus vrai de l'adulte doit être traité par la colopexie, complétée par l'oblitération du Douglas ; cette intervention sera, s'il est nécessaire, complétée par une petite intervention anale, effectuée plus tard.*

Deux des observations de M. le professeur agrégé Georges Gross nous montreront l'utilité de cette intervention.

---

(1) Rapport sur deux observations de M. Georges Gross, cité plus haut.

CHAPITRE VII

CINQ OBSERVATIONS de prolapsus du rectum traités chirurgicalement par M. Georges Gross suivant la technique de MM. Quénu et Duval.

PREMIÈRE PARTIE

Deux observations présentées à la Société de Chirurgie

OBSERVATION I

R. F., 50 ans, jardinier, entre dans le service de M. le Professeur Gross, à Nancy, le 6 avril 1910.

Vigoureux, bien portant. Depuis deux à trois mois a remarqué un bourrelet apparaissant chaque fois qu'il va à la selle : il le réduisait facilement au début ; mais peu à peu ce bourrelet augmenta de volume, et finit par former une tumeur irréductible ; après chaque défécation, le malade ressentait une cuisson durant plusieurs heures ; il apparut au bout de quelques semaines un

écoulement purulent. Jamais d'hémorragie ; les selles sont normales.

Le malade étant placé dans la position genu-pectorale, on constate à l'anus l'existence d'une tumeur formant une saillie de 5 centimètres, ayant le volume d'un poing d'enfant. La lumière rectale s'ouvre au sommet de la saillie. La muqueuse rectale est normale comme couleur et consistance. La réduction est facile.

Le 11 avril 1910 : opération sous chloroforme suivant la technique de MM. Quénu et Duval ; après l'ouverture du ventre (laparotomie médiane sous-ombilicale), on remarque que le côlon est excessivement long et mobile et que le cul-de-sac de Douglas est très profond.

Réduction du prolapsus par traction sur le côlon ; oblitération du Douglas, par une suture à 2 étages (suture en bourse) ; fixation du côlon comme le préconisent MM. Quénu et Duval.

Le soir : état local normal ; oppression, foyer de râles sous-crépitants à gauche. T. = 37°5.

Le 12 avril, apparition d'un second foyer de râles, à droite, T. 37°5 le matin ; 39° le soir.

Le 5e jour, défervescence.

Le 9e jour, les fils sont enlevés.

Le 30 avril, le malade se lève.

Le 4 mai, il quitte le service, guéri ; selles normales, aucune douleur.

Le 1er juin : état normal.

Suites. — Le malade fut revu dix-neuf mois après l'opération ; le 31 octobre 1911 : il a repris son métier de jardinier sans aucune gêne, il va bien à la selle ; à l'examen local, on ne trouve rien de particulier ; il est atteint de bronchite, et malgré les efforts de toux, le prolapsus n'est pas réapparu.

Le 1er octobre 1913, soit trois ans et demi après l'opération,

le malade présente une petite saillie située à la partie antérieure droite de l'anus, qu'il réduit lui-même.

Le 15 octobre, on excise cette saillie qui n'est autre chose qu'un petit paquet hémorroïdaire.

OBSERVATION II

A. G., 60 ans, charbonnier-bûcheron à Uruffe. Entre le 1er mai 1911 dans le service de M. le Professeur Gross.

Antécédents. — Dans son enfance, il eut fréquemment une diarrhée persistante ; à 16 ans, apparurent des hémorroïdes produisant des hémorragies abondantes. Ces hémorroïdes devinrent procidentes et il était obligé de les réduire à chaque défécation. Elles entraînèrent peu à peu la muqueuse ; il se produisit à deux reprises des phénomènes d'étranglement : en 1867 et trois ans plus tard ; ils durèrent chaque fois quinze jours.

G., servit cependant cinq ans dans l'artillerie, mais souvent il fut exempté de service à cause de son infirmité.

Au cours de l'exercice de son métier de bûcheron, il était obligé de réduire souvent manuellement son prolapsus ; plusieurs fois, il perdit du sang ; depuis 1905, il n'en a plus perdu.

Au cours de ces dernières années, son métier lui fut pénible, car le moindre effort provoquait l'issue de son prolapsus, et de violentes douleurs.

Il abandonna son travail en 1909, ce qui amena un notable soulagement. En février 1911, il eut une abondante hémorragie rectale, et son médecin l'envoya à l'hôpital de Nancy, un peu plus tard.

A ce moment, le malade semble vigoureux et d'aspect bien portant.

On l'examine dans la position genu-pectorale. La muqueuse rectale fait une saillie de 1 centimètre à peine, régulière sur tout le pourtour de l'anus ; cette muqueuse est rouge-violacé, recou-

verte d'un suintement abondant ; on la refoule aisément ; on remarque un paquet hémorroïdaire en avant et à droite.

On fait pousser le malade : il apparaît un prolapsus de 5 à 6 centimètres sans sillon entre l'anus et la racine de la tumeur qui présente un aspect trilobé : un lobe antérieur à base périnéale est de beaucoup le plus volumineux ; il a les dimensions d'une grosse mandarine ; il représente les deux tiers de la partie prolabée, ce qui fait que la lumière du rectum est reportée vers la région coccygienne.

Le prolapsus est souple, sa surface est rouge vif. Un enduit de mucosités glaireuses le recouvre.

La réduction est assez facile ; le toucher rectal ne révèle rien de particulier.

Opération le 12 mai 1911 par M. Georges Gross, suivant la technique de MM. Quénu et Duval. Au cours de l'intervention, on constate que le côlon est excessivement long, que le cul-de-sac de Douglas est très profond, et qu'il y a ptose de tout le gros intestin

Suites opératoires normales : fils enlevés au bout de 10 jours.

Le 14e jour, à l'occasion d'une selle apparaît une saillie à la muqueuse en avant et à droite de l'anus : cette saillie n'est autre que le paquet hémorroïdaire existant avant l'opération.

Le malade rentre chez lui le 8 juin.

Le 20 juin, il revient à l'hôpital, où on pratique une dilatation anale, et où l'on touche au thermocautère les points les plus saillants du paquet hémorroïdaire; 8 jours après, il quitte le service.

A cette date, la muqueuse ne faisait plus qu'une légère saillie à la partie antérieure de l'anus, à l'occasion des selles.

Suites. — Le 31 octobre 1912, le malade a été revu ; il a pu reprendre son métier de bûcheron ; ses selles sont régulières ; pas d'écoulement ; il n'existe qu'un léger prolapsus muqueux d'un demi-centimètre ; pas de souffrance.

Deux mois après la sortie de l'hôpital, le malade a eu une attaque d'hémiplégie.

En juin 1913, il meurt brusquement ; à ce moment, soit deux ans après l'opération, il n'y avait rien de particulier du côté de l'anus et du rectum.

DEUXIÈME PARTIE

Trois observations nouvelles

OBSERVATION III

J. S., cordonnier à Nancy, 76 ans ; entre dans le service de M. le Professeur Gross, le 6 septembre 1912.

Homme encore vigoureux ; rien de particulier dans ses antécédents pathologiques héréditaires ou personnels, sauf une hernie inguino-scrotale droite depuis près de 60 ans. Il est habituellement constipé.

Depuis deux ans environ, il a remarqué qu'au moment où il allait à la selle, un bourrelet sortait par l'anus ; au début, il pouvait réduire lui-même ce bourrelet ; peu à peu la tumeur augmenta de volume et devint à peu près complètement irréductible ; elle provoquait de vives douleurs surtout depuis quatre mois ; la muqueuse prolabée saignait au moindre contact ; depuis quelques semaines un écoulement muco-purulent souillait sa chemise, et des épreintes douloureuses accompagnaient la défécation : donc il y avait de la rectite.

On examine le malade dans la position genu-pectorale : on constate l'existence d'un prolapsus typique du rectum ; la muqueuse est rouge, violacée, turgescente ; le prolapsus mesure environ 6 centimètres ; il a le volume d'un poing d'enfant : la lumière rectale s'ouvre un peu en arrière du point culminant de la saillie, et un sillon muco-cutané limite le pourtour de la

tumeur ; la réduction est assez difficilement obtenue, et au bout d'un moment dès que le malade se lève, le prolapsus se reproduit.

Opération le 8 septembre 1912 : comme chez les malades précédents, on remarque la longueur et la mobilité exagérées du côlon, et la profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas.

L'opération est faite toujours suivant le procédé de MM. Quénu et Duval.

Suites opératoires normales. Le 12e jour, les crins cutanés sont enlevés.

Le 17e jour, le malade se lève.

Le 1er octobre, il quitte le service.

Suites. — Le malade est revu le 1er octobre 1913, soit treize mois après l'intervention ; il n'y a pas de récidive du prolapsus, mais au moment des selles, il apparait à l'anus un petit bourrelet muqueux d'un centimètre qui se réduit spontanément dès que l'effort cesse.

Les phénomènes de rectite ont disparu ; le malade est un peu constipé comme il l'a été toute sa vie. Malgré son grand âge, il mène une vie normale et exerce son métier de cordonnier.

OBSERVATION IV

J. M., 54 ans, ébéniste à Nancy ; entre le 5 août 1912 dans le service de M. le Professeur Gross.

Cet homme est de constitution délicate, souffrant de bronchites à répétition.

Six ans auparavant, a souffert d'un prolapsus rectal survenu à la suite d'efforts de défécation ; un médecin a pu le réduire facilement.

Le 2 août 1912, à la suite d'une crise de constipation, il fit des efforts pour aller à la selle et le prolapsus se reproduisit ; il

fut assez facilement réduit par un médecin, mais se reproduisit quelques heures après.

A l'entrée du malade dans le service, on constate un prolapsus de 5 centimètres à deux cylindres formant une tumeur œdémateuse, et entouré d'une collerette d'hémorroïdes. La réduction manuelle est assez difficile.

Le 13 août, sous anesthésie générale, excision des hémorroïdes ; suites normales.

Le 28 août, anesthésie chloroformique ; laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le côlon pelvien est attiré en haut pour réduire le prolapsus ; le cul-de-sac de Douglas est oblitéré par une suture en bourse de 2 étages.

L'anse sigmoïde est anormalement longue (60 centimètres environ) ; le méso également (15 centimètres) ; il existe, en outre, une disposition anormale particulière de ce méso déterminant le cloisonnement de la fossette sigmoïdienne : à la face inférieure du méso et perpendiculaire à lui, on remarque un ligament secondaire de 6 à 7 centimètres de largeur, s'élargissant beaucoup vers le péritoine du petit bassin, et allant se perdre sur le péritoine pariétal ; ce ligament détermine ainsi un orifice d'un centimètre de diamètre par lequel on pénètre dans la fossette intersigmoïdienne.

On fixe le côlon présacré (couché en travers dans le bassin de droite à gauche, obliquement de bas en haut) au péritoine rétro et latéro-vésical jusqu'à la hauteur du détroit supérieur par 8 points de suture.

Mais au lieu de sectionner la racine d'implantation du méso-côlon pelvien et pour ne pas faire un décollement péritonéal considérable en détachant de son attache pariétale le large ligament anormal, M. Georges Gross, se contente à regret de suturer le côlon pelvien au péritoine par 12 points de suture environ, chaque point étant placé de telle sorte que la portion pariétale du fil soit

plus haute que la portion côlique. L'anse a alors repris sa forme en S exagéré et est accolée à la fosse iliaque. On ferme le ventre en 3 plans.

Les suites opératoires sont marquées par l'apparition d'une très forte bronchite.

Le 11e jour, les crins cutanés sont enlevés ; la réunion semble faite

Le 13e jour (10 septembre), le malade éprouve au cours d'efforts de toux, une très vive douleur abdominale avec sensation de déchirure, et à la contre-visite, on s'aperçoit que la suture a lâché presque sur toute sa longueur et que les anses grêles sont sous les compresses du pansement. Anesthésie générale ; les anses sont réduites ; sutures en 3 plans, renforcées par cinq fils de bronze.

Suites normales ; le 9e jour, les crins cutanés sont enlevés ; le 15e jour. on enlève les fils de bronze. Le malade quitte le service le 16 octobre entièrement guéri de son prolapsus et de son éventration.

Suites. — Revu le 1er octobre 1913, c'est-à-dire treize mois après la colopexie, l'opéré est en parfait état.

OBSERVATION V

N. B.., ouvrier de soudière, 47 ans, entre le 6 décembre 1912 dans le service de M. le Professeur Gross.

Homme vigoureux, n'ayant jamais été malade autrefois, mais présentant depuis deux ans et demi de l'entérite et des phénomènes de rectite assez intense : diarrhée avec quelques alternatives de constipation ; depuis huit mois, de temps à autre, un peu de sang dans les selles.

Dans la nuit du 4 au 5 décembre 1912, étant à son travail occupé à pousser une brouette, il ressentit une douleur assez vive à la région anale, et des envies fréquentes d'aller à la selle. Ces

envies restèrent infructueuses et le malade ne constata que l'issue d'un peu de sang.

Après sept ou huit envies analogues et de nombreux efforts, il ressentit une violente douleur et sentit brusquement son rectum faire hernie au dehors.

Son médecin après plusieurs tentatives infructueuses de réduction l'envoya à l'hôpital le 6 décembre.

On constate un prolapsus rectal de 10 centimètres ; la muqueuse est fortement congestionnée. Par places, et particulièrement au niveau de la striction exercée par le sphincter anal, elle présente une coloration grisâtre avec tendance au sphacèle.

Le 7 décembre, réduction assez difficile sous chloroforme.

Le 8 décembre, le prolapsus se reproduit avec des douleurs considérables.

Le 9, nouvelle réduction sous chloroforme ; le malade est maintenu au lit.

Le 11 décembre 1912, M. Georges Gross l'opère suivant la technique de MM. Quénu et Duval. Au cours de l'intervention, on remarque que l'anse sigmoïde est excessivement longue et dilatée, et que le cul-de-sac de Douglas est très profond.

Suites opératoires normales.

Le 4 janvier, le malade quitte le service, allant bien à la selle et ne présentant aucune saillie de la muqueuse rectale, même à l'occasion des selles.

Suites. — Le 20 février, état local parfait ; il y a encore de la diarrhée.

En août, toujours même état.

Le 1er octobre 1913, le prolapsus ne s'est pas reproduit ; il y a toujours de la diarrhée, de fréquentes envies et quelques coliques, mais jamais de sang dans les selles.

Somme toute, l'entérite dont il souffrait déjà deux ans et demi avant l'opération existe toujours, et a résisté à de nombreux traitements.

Discussion de ces Observations

Confrontons ces cinq observations et cherchons quel enseignement on en peut tirer.

Un fait nous frappe tout d'abord : chez ces cinq malades atteints de prolapsus rectaux d'âges différents, mais tous prolapsus vrais, c'est-à-dire comprenant toutes les tuniques du rectum, on constate qu'il existe une longueur et une mobilité anormales du côlon, ainsi qu'une profondeur exagérée du cul-de-sac de Douglas ; or, il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, puisque ce fait a été signalé par M. Quénu, comme nous l'avons vu plus haut : il confirme donc l'opinion de ce dernier, qu'il existe à l'origine de tout prolapsus complet de l'adulte, une disposition congénitale prédisposante.

Ces prolapsus sont d'âges différents, disons-nous ? En effet, puisque, par exemple, celui de l'obs. II date de 45 ans environ, et celui de l'obs. V est un prolapsus « de force » apparu brusquement quelques jours avant l'arrivée du malade à l'hôpital ; les autres ont un âge variant de quelques mois à quelques années ; et cependant tous, quelle que soit leur ancienneté, se sont trouvés bien de l'intervention et sont, on peut le dire, guéris ; le sont-ils définitivement ? Il semble qu'on puisse l'affirmer, puisque le rectum, maintenant solidement suspendu, soustrait à l'influence de la pression des anses grêles par l'oblitération du Douglas, ne peut plus descendre.

Dans quatre cas, M. G. Gross a suivi fidèlement la technique de MM. Quénu et P. Duval ; dans un seul

cas (obs. IV), une disposition anormale l'a obligé à opérer une fixation péritonéale du côlon, au lieu de le fixer au tendon du petit psoas. Le résultat a cependant été très bon, puisque malgré une dangereuse éventration subite le côlon est resté fixe, et 13 mois après l'intervention, l'état local était parfait.

Nous avons dit que l'intervention pouvait et devait, lorsque le cas se présentait, être complétée par une intervention anale, intervention portant soit sur des hémorroïdes (qui coïncident très fréquemment avec le prolapsus), soit sur une saillie de la partie tout à fait inférieure de la muqueuse qui, située en dessous des releveurs, échappe à la traction exercée par le côlon sur le rectum. Voyons ce qui s'est présenté dans les cas qui nous occupent.

Chez le premier malade : excision 3 ans 1/2 après l'opération d'un paquet hémorroïdaire.

Chez le 2e malade: 1 mois 1/2 après l'opération, dilatation anale et thermo-cautérisations pour hémorroïdes.

Le 3e opéré présente un très peu important bourrelet muqueux, qui se présente à l'occasion des efforts et se réduit spontanément dès que l'effort cesse, ne causant aucune gêne, aucun trouble. On n'est pas intervenu, mais si ce bourrelet devenait une cause de troubles, le cerclage de Thiersh serait tout indiqué.

Le 4e malade présentait des hémorroïdes qui furent excisées 15 jours avant l'opération, et après celle-ci, on ne constata plus rien d'anormal au niveau de l'anus.

Enfin, chez le 5e malade, il n'y eut rien de particulier.

Chez trois malades, il fut donc nécessaire d'agir

localement : cette intervention locale, bénigne, facile à pratiquer, permet d'avoir un résultat aussi parfait qu'on peut l'espérer.

Nous tenons, pour finir ce chapitre, à insister sur ce fait que le malade de l'observation V, bien que présentant des phénomènes très marqués d'entérite, et même de rectite, s'accompagnant de selles fréquentes, n'a plus présenté aucun signe anal, ce qui démontre bien l'excellence de la méthode.

CONCLUSIONS

Nous nous sommes efforcé, dans ce travail, d'établir trois points particuliers :

1) Qu'à l'origine de tout prolapsus rectal vrai de l'adulte, il existe une disposition anatomique qui prédispose à cette affection, de même qu'une disposition anatomique spéciale, prédispose à la hernie inguinale, dite congénitale.

2) Qu'en traitant cette disposition anatomique, c'est-à-dire en immobilisant le rectum, tel qu'il doit l'être *naturellement,* on obtient un résultat meilleur qu'avec toute autre méthode.

3) Que la fixation la plus durable, la plus parfaite du côlon consiste à l'amarrer au tendon du petit psoas.

On remarquera que nous avons souvent parlé de la longueur et de la mobilité anormales du côlon, mais que jamais nous n'avons prononcé le mot « mégacôlon » ; il nous a semblé, en effet, que ce mot, employé habituellement pour désigner un côlon de dimensions

extraordinaires, ne s'appliquait pas exactement au cas qui nous occupe : le véritable mégacôlon est rare, exceptionnel, tandis que, plus fréquemment on rencontre un côlon de dimensions un peu plus grandes que normalement, et surtout très mobile.

Nous croyons que l'étude des observations que nous avons consignées dans ce travail confirme bien les trois points que nous signalons et qui d'ailleurs découlent l'un de l'autre.

Vu :
Nancy, le 15 Novembre 1913.
Le Président de Thèse,
ROHMER.

Vu :
Nancy, le 17 Novembre 1913.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 18 Novembre 1913.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Delorme. — Sur le traitement des prolapsus totaux du rectum, par l'excision de la muqueuse rectale ou recto-côlique. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 9 mai 1900.

P. Duval. — Chirurgie du côlon pelvien (cancer excepté). Rapport au Congrès français de Chirurgie, octobre 1913.

Georges Gross. — Cinq observations de colopexie pour prolapsus du rectum, par le procédé de MM. Quénu et Pierre Duval. Communication au Congrès français de Chirurgie, octobre 1913.

Gérard-Marchant. — Chirurgie du gros Intestin, 1902.

Jeannel. — Chirurgie de l'Intestin, 1898.

Lenormant. — Thèse de Paris 1903. Le prolapsus du rectum. Causes et traitement opératoire.

Lenormant. — « La Colopexie ». *Revue de Chirurgie*, 1907, T. XXXV.

Lenormant. — Discussion au sujet de l'association des prolapsus génitaux et du prolapsus du rectum. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 13 mai 1913.

Lenormant. — L'association du prolapsus rectal et du prolapsus utéro-vaginal. L'hystéro-colopexie et ses indications. *La Gynécologie*, juin 1913.

Mikulicz. — Zur operativen Behandlung des prolapsus recti et coli invaginati. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1888.

Quénu et P. Duval. — Technique de la colopexie pour prolapsus du rectum. *Revue de Chirurgie*, février 1910.

Quénu. — Rapport sur un travail de M. Lenormant, intitulé : onze cas de prolapsus du rectum traités chirurgicalement, et sur une communication de M. Georges Gross, intitulée : deux observations de prolapsus du rectum, opérés par le procédé de MM. Quénu et Duval. Séance de la Société de Chirurgie du 6 mars 1912.

Quénu. — Rapport sur une observation de M. Proust, relative à un cas de prolapsus du rectum traité par la colopexie et le cerclage de l'anus. De l'association des prolapsus rectaux et vaginaux. De l'hystéro-colopexie. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 29 avril 1913.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 5

INTRODUCTION 7

CHAPITRE I. — Considérations sur l'anatomie normale du rectum. — Ses moyens de fixité. — Importance du côlon comme soutien du rectum 11

CHAPITRE II — Considérations sur la pathogénie du prolapsus rectal 15

Association des prolapsus rectaux et vaginaux 15

CHAPITRE III. — Variétés et anatomie pathologique du prolapsus rectal 21

CHAPITRE IV. — Diagnostic, pronostic. — Indications opératoires du prolapsus rectal 25

CHAPITRE V. — Des traitements opératoires du prolapsus rectal 29

Première partie : Où et comment doit-on intervenir? . . 29

Deuxième partie : Opérations portant sur l'anus et sur le rectum lui-même 31

Troisième partie : Interventions portant sur les moyens de soutien supérieurs du rectum (Colopexies). 34

CHAPITRE VI. — Le procédé de MM. Quénu et Pierre Duval. 37

I. — Colopexie chez la femme. 38

II. — Colopexie chez l'homme 40
III. — Trois observations de MM. Quénu et Duval, jointes à leur description 40
Discussion de ces observations 41

Chapitre VII. — Cinq observations de prolapsus du rectum traités chirurgicalement par M. Georges Gross, suivant la technique de MM. Quénu et Duval 43
Discussion 52

Conclusions 55

Index bibliographique. 57

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY.